

Name, Vorname: _____

Mein Sohn/meine Tochter benötigt Medikamente aufgrund von:

(Grund angeben)

Medikament, Dosis und Uhrzeit:

	Medikament	Dosis (In Milligramm, Milliliter oder Tropfen angeben)	Uhrzeit	Art der Anwendung (oral, inhalativ, sublingual, tympanal)	Zu Beachten
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

(Oral = über den Mund, inhalativ = über die Atemwege, sublingual = unter der Zunge,
tympanal = im Gehörgang)

In welcher Form äußert sich die Krankheit meines Sohnes/meiner Tochter:

Ich bin damit einverstanden, dass meinem Sohn/meiner Tochter bei Bedarf oder in einer akuten Situation die verordneten Medikamente eines Hausarztes vom Zeltlagerpersonal gegeben werden dürfen. Das Zeltlagerpersonal hält sich an die obig angegebenen Informationen, bei inkorrekten Angaben oder Verordnungen des Hausarztes wird keine Haftung übernommen.

- ☐ Medikamente bei der Zeltlageraufsicht abgeben
- ☐ Gespräch mit der Zeltlageraufsicht ist erfolgt

Ort, Datum_____
Unterschrift Erziehungsberechtigten